

Edital ICEPi / SESA Nº 043/2023

PRIMEIRA CONVOCAÇÃO PARA FORMALIZAÇÃO DA ADESÃO DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO DE PROFISSIONAIS PARA ATUAREM COMO DOCENTES ESPECIALISTAS NO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM CUIDADO INTERPROFISSIONAL NA ÁREA DE IMUNIZAÇÕES.

O Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde – ICEPi, no uso das atribuições e prerrogativas dispostas na Lei Complementar nº 909/2019 de 26/04/2019, mediante os termos do Edital ICEPi/SESA Nº 043/2023 e seus anexos, torna pública a **CONVOCAÇÃO PARA FORMALIZAÇÃO DA ADESÃO** para atuação de profissional como **DOCENTE ESPECIALISTA** no Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Cuidado Interprofissional na Área de Imunizações.

1. Considerando as vagas divulgadas no Edital ICEPi/SESA Nº 043/2023, fica divulgada a lista dos(as) candidatos(as) **CONVOCADOS(AS)** para a Formalização da Adesão, de acordo com o **ANEXO A**.

2. Para a **Formalização da Adesão** ao projeto o(a) candidato(a) deverá enviar os originais dos documentos, conforme item 9.4 do Edital.

2.1. A não apresentação dos documentos previstos no Anexo D do Edital ICEPi/SESA Nº 043/2023 implicará na **ELIMINAÇÃO** dos(as) candidatos(as).

2.2. Os(as) candidatos(as) que já apresentaram documentos previstos no item 6.16 do Edital ICEPi/SESA Nº 043/2023, não precisarão apresentá-los novamente.

3. No ato da Formalização da Adesão como **DOCENTE ESPECIALISTA** do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Cuidado Interprofissional na Área de Imunizações, os(as) candidatos(as) assinarão o Termo de Adesão à Bolsa de Formação do Programa Estadual de Bolsas de Estudo, Pesquisa e Extensão Tecnológica no SUS, conforme explicitado no item 10 do Edital;

4. O candidato convocado para formalização terá o prazo de **23 a 26/04/2024** para encaminhar para o e-mail posimunizacao@saude.es.gov.br os seguintes documentos digitalizados em formato PDF (**Atenção: cada arquivo deve estar em formato PDF e ter no máximo 1MB**):

- I. Termo de Adesão à Bolsa de Apoio à Difusão de Conhecimento (ANEXO B) preenchido e assinado;
- II. Ficha de Cadastro do bolsista (ANEXO C) preenchida e assinada;
- III. Comprovante de endereço residencial;
- IV. Certidão atualizada de Regularidade junto ao Conselho da categoria;

- V. Comprovante de Situação Cadastral no CPF;
- VI. Título de Eleitor;
- VII. Certidão de quitação eleitoral;
- VIII. Certidão Negativa de débito Estadual;
- IX. Certidão Negativa de débito da União;
- X. Número de Identificação Social (NIS) ou Consulta impressa da Qualificação Cadastral (caso já tenha PIS/PASEP) pelo site:
<http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/qualificacao/resultadoqualificacao.xhtml> ;
- XI. Certificado de Reservista (para os candidatos do sexo masculino);
- XII. Resumo do Currículo Lattes;
- XIII. Documento que identifique os dados bancários (número da conta e agência) e que o candidato seja o titular da conta.

Vitória, 22 de abril de 2024.

Fabiano Ribeiro dos Santos
Diretor Geral Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde

ANEXO A

PRIMEIRA CONVOCAÇÃO PARA FORMALIZAÇÃO DA ADESÃO

NOME CIVIL	DATA DE NASCIMENTO
ANA CATARINA DE MELO ARAUJO	09/10/1980
EVELIN PLÁCIDO DOS SANTOS	03/09/1981

ANEXO B

**TERMO DE ADESÃO À BOLSA DE APOIO À DIFUSÃO DE CONHECIMENTO PROGRAMA
ESTADUAL DE BOLSAS DE ESTUDO, PESQUISA E EXTENSÃO TECNOLÓGICA NO SUS**

Conforme Lei Complementar Nº 909, de 24 de abril de 2019 e
Portaria ICEPi/SESA nº 001/2019.

Eu _____, portador (a) do CPF nº _____, RG nº _____, telefone: () _____, e e-mail: _____, vinculado ao **CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM CUIDADO INTERPROFISSIONAL NA ÁREA DE IMUNIZAÇÕES**, declaro estar ciente que participarei do Programa Estadual de Bolsas de Estudo e Pesquisa e Extensão Tecnológica no SUS, na função **Docente Especialista**.

Assim sendo, comprometo-me a efetuar as atividades propostas, no período de vigência do Programa sob as orientações a mim devidas.

As atividades desenvolvidas serão realizadas de acordo com os objetivos propostos no Plano de Trabalho Individual, que estarei vinculado de forma a cumprir as exigências da Lei Complementar Nº 909, de 24 de abril de 2019, Portaria ICEPi/SESA nº 001/2019 e Portaria ICEPi/SESA nº 010/2020.

Sabedor de que a bolsa concedida constitui doação com encargos em prol do desenvolvimento científico e tecnológico e considerando a necessidade de prestar contas do recurso público utilizado, declaro:

- que devo cumprir integralmente as atividades previstas no Plano de Trabalho Individual, incluindo as atividades práticas, teóricas e à distância, aprovado e validado pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPi, no período de _____ meses.
- que devo realizar pesquisa científica de relevância para a Rede Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo, apontando inovações, que aponte melhoria na resolutividade e humanização das ações em Saúde;
- que caso venha publicar trabalho em evento e/ou encaminhar a periódico científico, devo fazer referência à condição de Bolsista do Programa Estadual de Bolsas de Estudo e Pesquisa e Extensão Tecnológica no SUS do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPi;
- que em caso de não cumprimento das atividades previstas, automaticamente me desvinculo do Programa Estadual de Bolsas de Estudo e Pesquisa e Extensão Tecnológica no SUS;

E, por estarem justas e acertadas, formalizam as partes o presente TERMO DE ADESÃO ao Projeto de Estudo e Pesquisa de caráter socioeducativo.

Declaro, ainda, que li e aceitei integralmente os termos deste documento, comprometendo-me a cumpri-los fielmente, não podendo, em nenhuma hipótese, deles alegar desconhecimento.

Vitória-ES, _____ de mês de 2024.

Bolsista

Coordenador (a)

Fabiano Ribeiro dos Santos
Diretor Geral
Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde

ANEXO C

FICHA DE CADASTRO DO BOLSISTA

PROJETO: CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM CUIDADO INTERPROFISSIONAL NA ÁREA DE IMUNIZAÇÕES		
Vinculado: Programa de Qualificação das Redes de Vigilância em Saúde (PQRVS)		
Função: Docente Especialista		
Data início das atividades: ___/___/___ Previsão data fim das atividades: ___/___/___		
Nome		
Data Nasc.:	CPF:	RG:
E-mail:	Título Eleitor:	
Telefone Residencial:	Cel:	
Endereço:		N.º
Complemento:	Bairro	Cidade
UF	CEP	
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Médio Técnico <input type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado		
Link Currículo Lattes:		
Nº Conta Bancária:	Cód. Banco:	Nº da Agência Bancária:
Data:	Assinatura:	
Responsável pelo cadastro:		

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS
DIRETOR GERAL DO ICEPI
ICEPI - SESA - GOVES
assinado em 24/04/2024 07:44:46 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 24/04/2024 07:44:46 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por ERIKA SAITER GARROCHO (COORDENADORA - PÓS-GRADUAÇÃO - BOLSISTA - ICEPI - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-48T4N7>